Communication Infirmière

N° 114 - MAI 2012

Le journal de l'infirmière libérale

CONSULTATION, COORDINATION, ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE :

INFIRMIÈRES LIBÉRALES, PRENEZ VOTRE PLACE !

DOSSIER :
Contrôles des Caisses :
à quoi faut-il s'attendre ?

Sniil
Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux

Vega est le logiciel de gestion
le plus choisi*...
VEGA
+ 17 311
télétransmetteurs
RMI - Serie +4000
+ 16 168
Logiciels CBA
+ 9140
Télévitale
+ de 5500
Albus
+ de 4200
Soins 2000 / logiciels groupe Sephira
+ de 3600
Logiciels Topaze / Acteur
+ de 2600
Logicmax
+ de 2300
Equinox
+ de 2000
Autres éditeurs (< 1200)
+ 1200
VEGA
...et ça fait 8 ans que ça dure !
* Cumul de nouveaux télétransmetteurs sur l'ensemble des logiciels de gestion destinés aux auxiliaires médicaux du 1er Mai 2003 au 30 Avril 2011.
Source GIE-SESAM Vitale (www.sesam-vitale.fr)
(1) : RM Informatique (Infi+4000, Kiné+4000, Médi+4000 auxiliaires, Ortho+4000)
(2) : Agathe, In'Di
(3) : Séphira (Inteltio) et Crip Informatique (Coxxi 32, KiWin, MédicaWin, SV Crip CS)
EPSILOG
04 67 91 27 86
www.vega5.fr

SOMMAIRE

INFOS SYNDICALES & PROFESSIONNELLES

04 **DSI :** EVOLUTION EN COURS
ACCORD-CADRE : AVEC L'ASSURANCE MALADIE ET INTERPROFESSIONNEL

05 **AVENANT N°4 :** TÉLÉTRANSMISSION OBLIGATOIRE !!!

06 **REVALORISATION :** AU 27 MAI, COMME PRÉVU !
PRÉLÈVEMENTS SANGUINS : QUID DE LEUR TRANSPORT VERS LE LABO ?

07 **PRESCRIPTION INFIRMIÈRE :** BON BILAN. FEU VERT POUR LES SETS. MAIS…

08 **TRANSFERTS D'ACTES :** UNE CINQUANTAINE DE PROTOCOLES EN PROJET !

09 **BRÈVES**

10 **CONSULTATION INFIRMIÈRE :** À QUAND LA MISE EN PLACE ?

12 **REPRÉSENTATIVITÉ SYNDICALE :** UNE ENQUÊTE… ET UN SNIIL EN CROISSANCE !

DOSSIER

13 **CONTRÔLES DES CAISSES :** À QUOI FAUT-IL S'ATTENDRE ?

15 **FRAUDE, ABUS, FAUTE :** À NE PAS METTRE DANS LE MÊME SAC !

16 **DÉFENSE, MODE D'EMPLOI :** D'ABORD PRÉVENIR PLUTÔT QUE COURIR…

INFOS GÉNÉRALES

18 **PRÉSIDENTIELLES 2012 :** LA SANTÉ, 2ÈME PRÉOCCUPATION DES FRANÇAIS, MAIS…

19 **ASSURANCE MALADIE :** PÉRENNISER LA SÉCU IMPLIQUE DE GROS CHANGEMENTS

20 **BRÈVES**

INFOS JURIDIQUES ET PRATIQUES

21 **DPC :** OBLIGATOIRE DE PAR LA LOI… MAIS INACHEVÉ !

Communication Infirmière, édité par Edisniil (01 55 28 35 85) - ISSN 1156-6426- Dépôt légal à parution - Directeur de la publication : Annick Touba - Conception rédactionnelle et réalisation : Emmanuelle Fradet - Conception artistique et réalisation : Fabrice Touba - Tirage : 67550 exemplaires - Impression : SIEP à Bois-le-Roi (77) - Routage : Emissaires à Villeneuve StGeorges (94) - Contact régie publicitaire : Yorham Bouskila chez Inter Publi, 104 boulevard Jean Jaurès 78800 Houilles (01 61 30 16 60 ; interpb@club-internet.fr).

ÉDITO

ANNICK TOUBA
PRÉSIDENTE NATIONALE **Sniil**

OSER…
… pour ne pas se résigner !

Maisons et Pôles de Santé : voici deux ans, en parler me valait des insultes. Quant à la « *coopération pluri-professionnelle* », c'était un Ovni. Au sein des syndicats infirmiers libéraux, il n'y avait que le Sniil pour y croire et y travailler.

Aujourd'hui, au lendemain des journées de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé, l'espoir est là. Car dans la salle se trouvaient de très nombreuses infirmières. Près d'un tiers de l'auditoire. Du jamais vu…

Mais cette prise de conscience de la profession infirmière pour l'exercice pluri-professionnel est-elle pour autant aboutie ? Pas sûr. Car le constat est là : beaucoup n'y prennent, finalement, que la place qu'on veut bien leur donner.

Pourquoi ? Parce qu'elles ne s'investissent pas dans les projets, tous mis en œuvre par des médecins : elles ne se positionnent pas sur des questions matérielles comme le type de structure juridique à adopter. Et puis… beaucoup ne travaillent pas sur le projet de santé qui prévaut à toute création de maison ou pôle de santé. Le « *Comment allons-nous travailler ensemble* » ? « *Que va-t-on faire par rapport aux besoins de la population* » ? « *Avec quelles compétences* » ? Enfin, il ne faut pas s'en cacher : certaines sont effrayées par les difficultés d'organisation de leur rémunération.

Pourtant, les infirmières libérales sont, là, en position de force. De par leur travail au domicile, elles connaissent l'environnement et les besoins en soins de la population. De plus, la Loi est de leur côté : ainsi, le futur arrêté relatif au cahier des charges des maisons et pôles de santé imposera au sein de chaque structure la présence d'au moins « *un auxiliaire médical* »… qui peut évidemment être une infirmière. Et il y aura aussi des obligations : garantir la continuité des soins ; assurer une prise en charge globale et coordonnée du patient ; exercer en coordination avec les autres acteurs de santé du territoire ; et, effectuer, si possible, des missions de santé publique, telle l'éducation thérapeutique, ou, pourquoi pas ?, des transferts d'actes ou d'activité.

Or qui sont les seuls professionnels de santé soumis à la continuité des soins ? Les infirmiers libéraux. A qui les institutions viennent-elles d'accorder la première (et seule) majoration de coordination existante ? Aux infirmières libérales. A qui le Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie veut-il confier la « *coordination soignante et sociale* » ? Aux infirmières (cf. p. 19). Enfin, à qui le Centre d'Analyse Stratégique du Gouvernement pense-t-il lorsqu'il s'agit d'éducation thérapeutique ? Aux infirmières (cf. p. 10).

Alors… oui, les infirmières libérales ont un grand rôle à jouer dans ces nouveaux modes d'exercice ! A condition de prendre leur place et d'imposer leur statut. Difficile, oui, mais loin d'être impossible…

DSI :
Evolution en cours

Portée par le seul Sniil, le premier (et encore seul) outil d'autonomie infirmière sera revu d'ici la fin de l'année. Dix ans après sa création.

Au 31 décembre 2012, elle devra avoir disparu. Ou plutôt elle aura été remplacée : c'est ce qui est convenu dans l'avenant n°3. Mais faire évoluer la Démarche de Soins Infirmiers est complexe à plus d'un titre : d'abord parce qu'elle touche à une question sensible, celle de la prise en charge à domicile des personnes dépendantes. Mais aussi parce que DSI et cotation/nomenclature des actes en AIS sont intimement liées…

Mais d'abord un constat : n'ayant jamais été mise en avant, la DSI est encore peu utilisée. Ainsi, selon l'Assurance Maladie, 629 000 DI seulement ont été actées en 2011, soit 8,7 en moyenne par Idel. Son usage, comme la réalisation des actes AIS, est par ailleurs inégalement réparti : car si 83% des infirmières libérales de Loire et 62% de Guyane l'utilisent, seuls 9% des Idels du Nord le font également. Résultat : au final, les DI émanent, en fait, toujours des mêmes professionnels : en 2010, chaque infirmière utilisant la DSI en aura fait 21…

Pour autant, l'Assurance Maladie et l'ensemble des syndicats infirmiers libéraux sont d'accord : la DSI ne doit pas disparaître, mais évoluer. Objectif : créer un outil mieux adapté à la prise en charge de la dépendance et à la coordination médecin-infirmiers. Du coup, une piste est sérieusement étudiée : créer une nouvelle grille d'évaluation de la dépendance tenant compte, à l'inverse de la grille AGIR, de la charge en soins.

D'ici la fin de l'année, les réunions devraient donc se succéder. Avec, pour les syndicats infirmiers, un autre but : la révision de la nomenclature sur les AIS avec mise en place de lettres-clés plus adaptées à la prise en charge globale. Ce qui ne plaît guère, évidemment, à l'Assurance Maladie… ■

Accord-cadre :
Avec l'Assurance Maladie et interprofessionnel

Conclu entre Assurance Maladie et Union Nationale des Professions de Santé, le premier ACIP s'appliquera à tous les professionnels de santé conventionnés.

ACIP : Accord Cadre InterProfessionnel. Débutées depuis mi-2009, avec une interruption pour raisons techniques mi-2011, les négociations pour la signature du premier ACIP devraient très rapidement aboutir. Cet accord-cadre s'appliquera en complément des conventions et devrait s'articuler en deux volets.

La première partie, consacrée à la délivrance et coordination des soins, réaffirmera le libre-choix du patient, le droit au partage de l'information entre professionnels de santé, et mettra en place des cadres d'expérimentations sur deux thèmes (lien ville-hôpital et coordination autour de différents types de patients).

Le deuxième volet de l'ACIP sera, lui, beaucoup plus pratico-pratique. Traitant des relations entre professionnels de santé et assurance maladie, il abordera la question de l'amélioration des échanges entre les deux parties. Cette partie du texte prévoira ainsi : l'engagement des partenaires à promouvoir l'utilisation des télé-services et des feuilles de soins électroniques ; une assistance technique à l'usage des télé-services avec un délai de réponse maximum de 48h ; des « *conseillers informatiques services* » de l'Assurance Maladie pour répondre dans les meilleurs délais aux demandes d'aides des professionnels… On notera également que l'ACIP réaffirmera aussi les principes de confidentialité, de respect du contradictoire et de présomption d'innocence dans le cadre des démarches de contrôle conduites par l'assurance maladie.

Enfin, l'ACIP permettra également de fixer les conditions de dotation financière de l'UNPS. Quand un négociateur n'est jamais mieux servi que par lui-même… ■

Avenant n°4 :
Télétransmission OBLIGATOIRE !

Payer en cas de non-télétransmission ? Pour les médecins, c'est devenu réalité. Du côté des infirmières libérales, çà se prépare…

Les médecins n'y ont pas échappé. Depuis le 15 mars dernier, et la parution de leur avenant n°2, tout médecin libéral est, en effet, sanctionné s'il ne télétransmet pas systématiquement ses feuilles de soin. Et le montant de la facture ne laisse pas indifférent : suspension de trois mois de la participation de l'Assurance Maladie aux cotisations sociales versées par le praticien. En cas de récidive, la suspension durera six mois…

La mesure était inéluctable : prévue dans la Convention des médecins, mais aussi au sein du Code de Sécurité Sociale, qui instaure une obligation de transmission électronique des documents de facturation pour tous les professionnels de santé. D'où la question : les infirmières libérales pourraient-elles se voir infliger le même traitement ? Sans hésiter, oui. Un avenant n°4 à la Convention infirmière est d'ailleurs bien en préparation, prévoyant, lui aussi, une sanction en cas de non-respect de l'obligation de télétransmission. Elle demeure toutefois plus limitée que celle des médecins, calquée sur le projet de l'Assurance Maladie du printemps 2010 de taxe de 0,50€ par feuille de soin papier au-delà d'un certain seuil. Reste que la mesure sera délicate. Car les infirmières remplaçantes ne disposent toujours pas de carte CPS…

Bref, on le voit, la situation n'est pas simple. D'autant plus qu'il apparaît que l'Assurance Maladie n'agit pas de la même façon selon les professions concernées. Ainsi, l'avenant n°3 de la convention des pharmaciens, consacré également à la télétransmission, prévoit non pas une sanction… mais la perception d'une « *contribution à la FSE d'un montant de 0,05€ TTC par FSE élaborée, émise et reçue par les caisses selon les spécifications du système SESAM-Vitale* ». Deux poids, deux mesures, somme toute… Raison de cette gentillesse envers les pharmaciens : ils sont les meilleurs élèves de la classe, télétransmettant à 97%. Tandis que 32% des facturations des médecins le sont en feuille papier. Ce qui, évidemment, ne fait pas l'affaire de l'Assurance Maladie. Les infirmières, bien placées avec 78% de taux de télétransmission ont déjà réussi, elles, à limiter la casse. Et à ne faire sanctionner que les récalcitrants à toute télétransmission… ■

NAISSANCE DU PROJET SCOR

Ne plus envoyer de prescriptions ni de pièces justificatives par la Poste ? C'est le rêve… De toute infirmière libérale, lassée de cette paperasserie. Mais aussi de l'Assurance Maladie, confrontée au coût de traitement que cela impose… et désireuse d'amplifier la lutte contre la fraude. Fort de cet objectif partagé du « *zéro papier* », prévu dans l'avenant n°3, Assurance Maladie et syndicats infirmiers libéraux ont commencé à travailler.
Et c'est ainsi qu'est né le projet SCOR (pour **SC**annérisation des **OR**donnances), pour lequel un groupe de travail, incluant également les éditeurs de logiciels informatiques infirmiers, a été constitué. Avec, déjà, un premier résultat : une liste de ce qu'il sera impossible à faire. Reste donc à trouver d'autres solutions techniques. Avec un objectif : lancer des expérimentations dès le 2é semestre 2012, pour un déploiement général en 2013. Engagé dans la démarche, le Sniil a, toutefois, émis une réserve : connaître, avant expérimentation, le coût approximatif en équipement… et les aides financières que l'Uncam compte accorder aux Idels qui s'engageront dans le processus. Affaire à suivre…

Revalorisation :
Au 27 mai, comme prévu !

Majorations MAU et MCI, mais aussi augmentation de l'IFD : les dispositions prévues par l'avenant n°3 s'appliqueront bien au 27 mai prochain.

Douze pages : et de belles avancées pour la profession ! Conclu le 28 septembre 2011 entre Assurance Maladie et syndicats infirmiers libéraux, l'avenant n°3[1] à la Convention entrera bien en vigueur, comme prévu, au 27 mai prochain. Ce qui permettra de faire bénéficier la profession d'une revalorisation de 198,3M€ en année pleine, en contrepartie d'une extension avec pérennisation pour 5 ans du dispositif de régulation démographique. Au 27 mai, 15% des zones géographiques du territoire seront donc désormais considérés comme « *sur-dotées* », avec restriction à l'installation ; tandis que 10% du territoire passera en zone « *très sous-dotée* » avec mise en place d'aides importantes à l'installation.

Reste que pour la majorité des Idels, cette date du 27 mai n'apportera que du bonus : une revalorisation de leur activité. Via, tout d'abord, une augmentation de l'IFD, qui passera à 2,50€. Mais aussi, et surtout, grâce aux deux nouvelles majorations mises en place. La première, MAU, d'une valeur de 1,35€, s'appliquera aux actes uniques cotés AMI 1 ou AMI 1,5 (injections et prélèvements sanguins par exemple) réalisés au domicile ou au cabinet ; tandis que la seconde, nommée MCI (pour Majoration de Coordination Infirmière), permettra de facturer 5€ par passage dans le cadre de soins palliatifs ou pour les patients nécessitant des pansements complexes. Quant aux autres mesures de l'avenant n°3 (remaniement de la DSI, développement de nouveaux rôles infirmiers, révision du chapitre perfusions de la nomenclature…), rien encore de définitif. Mais encore beaucoup de travail ! ■

(1) Pour plus de détails, se reporter à Communication Infirmière n°113 (décembre 2011), pp 4-5 et 13-16 ; disponible gratuitement sur sniil.fr

Prélèvements sanguins :
Quid de leur transport vers le labo ?

La question de l'interdiction des prélèvements sanguins en cabinet infirmier n'est toujours pas réglée : il faut attendre… la fin des élections !

Alors interdits ou pas les prélèvements sanguins à domicile et en cabinets infirmiers[2] ? Pour l'instant, c'est encore le flou. Car après l'abrogation par le Conseil Constitutionnel de l'article de la loi Fourcade[3] qui l'autorisait, tout est à refaire. Enfin… pas tout à fait puisque l'Assemblée Nationale a déjà adopté en première lecture une disposition stipulant que « *le prélèvement d'un examen de biologie médicale* » peut être réalisé « *au domicile du patient ou dans les lieux d'exercice des professionnels de santé habilités à faire des prélèvements* »[4].

Sauf… que ce texte doit aller au Sénat. Mais qu'élections obligent, tout est arrêté. Et que tout pourrait changer. Car lorsque cette mesure reviendra devant l'Assemblée Nationale pour la deuxième lecture (obligatoire), la majorité politique aura peut-être changé. Et ce qui a été voté en janvier pourrait être recalé en juin. Motif : le problème du transport des prélèvements vers le laboratoire. Qui, s'il est réglé pour l'UMP, ne l'est pas du tout pour le PS : ni au niveau des conditions, ni en termes de responsabilités financière et légale. Une question qu'en Corse, on se pose déjà : suite à des travaux sur le SROS (schéma régional d'organisation des soins) en biologie, Nathalie Sanchez, Présidente de l'URPS infirmière et du Sniil Haute-Corse, vient d'interpeller le pharmacien inspecteur de l'ARS à ce sujet… ■

(2) Cf. Communication Infirmière n°111 avril-mai 2011, « *quand une réforme de la biologie menaçait les Idels* », p. 6
(3) Décision du 4 août 2011
4) Petite Loi sur la réforme de la biologie médicale ; texte n°834

Prescription infirmière :
Bon bilan. Feu vert pour les sets. Mais…

C'est officiel : une infirmière libérale peut prescrire des sets à pansements. Côté contrepartie à la prescription, par contre, toujours rien à l'horizon !

Cinq ans après son apparition, la prescription infirmière commence à entrer dans les habitudes : en 2011, son montant total s'est même élevé à 57,2 M€, en forte progression de +20% par rapport à 2010 ! Avec une particularité : 80% concerne les seuls articles de pansements. En termes de nombre d'infirmiers prescripteurs, même tendance : au 1er septembre 2011, 27715 infirmières libérales avaient déjà réalisé au moins une fois une prescription de pansements… contre seulement 14894 en janvier 2009[1].

Bref, la prescription infirmière, çà marche. Mais les infirmières libérales pourront-elles bénéficier un jour de la contrepartie prévue par leur Convention[2] ? Pas sûr… Car l'Assurance Maladie dispose d'arguments forts pour s'y opposer. D'abord, en 2011, 5% des patients dotés d'une prescription d'articles de pansements ont eu droit à… deux ordonnances, l'une d'un omnipraticien, l'autre d'un Ide : un doublon qui ne permet pas de fait d' « *optimiser la dépense* ». Mais surtout, le coût des prescriptions infirmières de pansement est plus élevé : 84 à 96€ en moyenne par patient ; contre 32 à 37€ pour les autres prescripteurs. Alors côté économie …

Pour autant, les infirmières ont aussi des arguments. D'abord les spécialistes des plaies et cicatrisations, ce sont elles… et non les médecins : elles ont donc sans doute décidé de rédiger une ordonnance en doublon que par souci d'efficacité. Le type de pansements qu'elles prescrivent tend d'ailleurs à le montrer puisque 8% sont des hydro colloïdes ou pansements vaseline, alors que ces articles sont nettement moins recommandés par les autres prescripteurs. De plus, le profil des patients à qui elles prescrivent est particulier : 25% de plus de 80 ans contre 10% pour les autres praticiens ; et 48% en ALD contre 27% pour les omnipraticiens. Les différences d'ordonnance peuvent donc s'expliquer…

Enfin, en prescrivant, les infirmières évitent au patient de retourner chez le médecin. A 23€ minimum la consultation médicale, le montant des économies réalisées par l'Assurance Maladie peut alors monter très vite. Problème : pour le quantifier, il manque une donnée : le nombre de prescriptions infirmières réalisées par an. Pour le Sniil, vigilant sur ce dossier depuis le départ[3], le combat continue… ■

LES SETS OFFICIELLEMENT AUTORISÉS !

Le 30 mars 2012 est paru au Journal Officiel le nouvel arrêté fixant la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire. Abrogeant celui de 2007, le nouveau texte est plus souple. Ainsi l' « *information au médecin* » qui était requise pour certains matériels (pansements hydrocolloïdes par exemple) a disparu au profit de la mention « *sauf indication contraire du médecin* ». De plus, la liste en elle-même s'est allongée, permettant désormais la prescription de « *combinaisons de plusieurs produits inscrits sur la liste des Produits et Prestations et appartenant à l'une des catégories visées dans l'arrêté* ». Autrement dit, les sets à pansements…

(1) Source : Observatoire Conventionnel des Infirmiers, Uncam, janvier 2012.
(2) Cf. Article 1.1.3 de la Convention Nationale des infirmiers libéraux : « *au regard des résultats* »… « *et en cas d'optimisation avérée de la dépense, les partenaires conventionnels s'accorderont par voie d'avenant, sur les modalités de retour à la profession d'une partie des dépenses ainsi évitées* »
(3) Cf. article « *Ce qu'en pense le Sniil* » in Communication infirmière n°100 (p.10) indiquant : « *La position du Sniil est donc simple et très claire : que l'évaluation soit faite, et que l'Uncam honore sa signature !* »

Transferts d'actes :

Une cinquantaine de protocoles en projet !

Premier bilan officiel de l'article 51 de la loi HPST : modeste, mais plein d'espoir. D'autres continuent, évidemment, de hurler aux loups…

Pour certains, le bilan est bien maigre. Pour d'autres, il s'agit toujours d'un vrai scandale, puisque permettant le « *démantèlement des professions de santé libérales* » (cf. encadré). Enfin, pour les derniers, conscients de la lenteur des administrations et de l'ampleur de la tâche à accomplir avant d'arriver à une validation de la Haute Autorité de Santé (HAS), le résultat ne peut que s'améliorer…

De quoi s'agit-il ? Du premier bilan officiel de l'article 51 de la loi HPST : celui qui permet la mise en place de protocoles de coopérations entre professionnels de santé de type transferts d'actes et d'activités ou réorganisation des modes d'intervention auprès des patients. Réalisé par le Ministère de la Santé lors d'un conseil national de pilotage des Agences Régionales de Santé (ARS), il a permis d'apprendre qu'à fin 2011, soit deux ans après le vote de la loi HPST, 28 protocoles avaient été instruits par la HAS mais que 7 seulement avaient reçu un avis favorable (dont un seul en médecine de ville). Côté mise en œuvre sur le terrain, pas facile non plus, puisque seuls 3 protocoles ont bénéficié, à fin 2011, d'un arrêté d'autorisation d'une ARS…

Reste que l'avenir est prometteur puisqu'une cinquantaine d'autres protocoles sont en cours d'élaboration. Avec toujours une forte proportion en secteur hospitalier (36 projets), tandis que 13 seraient portés par des professionnels libéraux et 4 par des centres de santé. Parmi les principales thématiques abordées : le suivi des malades chroniques (hépatite C, hémodialysés, BPCO, administration d'anticancéreux à domicile…) ; des consultations diverses (contraception, vaccination, addictologie, nutrition…) ; mais aussi des actes techniques (ponction de lymphocèle…).

Face à ce bilan encore modeste, le Ministère de la Santé le reconnaît : la complexité du système n'arrange pas les choses. D'où deux idées : faire évoluer le cadre du modèle-type, afin de le simplifier ; et prendre en compte des thématiques nationales. Ce qui devrait être fait courant 2012. Enfin, le Ministère est également conscient du chemin qu'il reste à parcourir : régler les conséquences pratiques d'un transfert d'actes, y compris en médecine de ville (rémunération du professionnel, admission au remboursement, adaptation des conditions d'assurance des professionnels…) ; mais aussi examiner les conséquences de l'extension d'un protocole façon article 51 au niveau national sur les formations initiales. ■

FREINS, RÉSISTANCES ET LOBBYING…

Premier bilan officiel modeste ou pas, certains n'en démordent pas : l'article 51 constitue un vrai danger. Du coup, le Centre National des Professions de Santé a de nouveau exigé le gel immédiat des protocoles en cours d'élaboration et la modification urgente de la loi HPST ; tandis que l'Union Nationale des Professions de Santé (UNPS) réclame de son côté d'exercer un contrôle des protocoles avant dépôt à l'HAS. Histoire de les limiter encore davantage, bien sûr…
Les demandes de ces deux institutions ont-elles une chance d'aboutir ? Espérons que non.
Et remarquons simplement que leur bureau exécutif est identique, comprenant en son sein des syndicats bien connus, comme la Fni ou, pour les médecins, la CSMF. Qui, dans l'une de ses revues[1] explique mieux sa position sur le sujet : « *cette redistribution de tâches est dangereuse pour les médecins libéraux qu'on dépouille de leurs actes et de leur revenu* ». Et de terminer en suggérant une simple exploration des coopérations entre « *spécialités médicales* ». Autrement dit, en restant entre médecins…

(1) In « Le Médecin de France », n°1176 du 15 décembre 2011

B R È V E S

ETATS GÉNÉRAUX INFIRMIERS : 2ème édition prévue le 4 décembre 2012

Suite au succès rencontré pour la 1ère édition de 2011, les 2ème Etats Généraux Infirmiers seront organisés le 4 décembre 2012 à l'Espace Mas, Paris 13ème. Proposant tables rondes et ateliers pratiques, cette journée sera, de nouveau, l'occasion d'échanges et de rencontres entre infirmières libérales, salariées et issues de l'Education Nationale sur des thèmes qui les concernent toutes. L'intégralité du programme est, toutefois, encore en cours d'élaboration… Rappelons que les Etats Généraux Infirmiers sont organisés par trois syndicats : le SNPI (Syndicat National des Professionnels Infirmiers) implanté chez les salariés ; le SNIES-UNSA (Syndicat National des Infirmiers Educateurs de Santé de l'Union Nationale des Syndicat Autonomes), pour les infirmières scolaires ; et le Sniil pour les libérales.

ORDRE INFIRMIER : budget de rigueur, cotisation inchangée… mais rappel à l'ordre du Ministère

Comptant désormais 113381 inscrits (dont 49,9% de salariés pour 48,4% de libéraux), l'Ordre infirmier a suivi en 2011 un plan d'économies drastiques, ayant entraîné la fermeture des locaux dans les départements et la suppression de 76 emplois. En conséquence de quoi, le Conseil National de l'Ordre a pu, pour la première fois, voter un budget 2012 en équilibre à 6,1M€. On notera, au passage, que le montant des cotisations n'a pas été réévalué, restant à 30€pour les salariés des secteurs publics et privés, ainsi que pour les jeunes diplômés ; et à 75€ pour les libéraux. Un petit geste a, toutefois, été effectué en direction de ces derniers en divisant par deux la cotisation à l'Ordre des sociétés civiles professionnelles, s'élevant désormais à 75€ également. A noter : selon l'Ordre, ce budget, toujours de rigueur, ne l'empêchera cependant pas d'accroître son service aux infirmiers avec développement des services en ligne, et renforcement de l'information sur l'exercice professionnel, la déontologie infirmière ou le cadre juridique des divers types d'exercices. Pour autant, les problèmes perdurent au sein de l'institution : notamment avec le Ministère de la Santé qui « *pense qu'il serait opportun de suspendre l'action de l'organisme que* »… l'Ordre… « *avait mandaté pour opérer le recouvrement des cotisations ordinales de 2011* ». On remarquera, au passage, que l'attention du Ministre avait été attirée « *par les représentants des organisations représentatives de la fonction publique hospitalière* » et que cette lettre a été envoyée en pleine période électorale…

PUBLICITÉ ILLÉGALE : le Sniil veille…

Infirmières Secours, Direct Infirmier ou La Compagnie du Soin à Domicile : dans toute la France, les infirmières libérales se posent des questions au sujet de ces groupements. Alertés par ses cadres départementaux, le Sniil a donc décidé d'agir de façon différente selon les cas : alerte au niveau de l'Ordre des infirmiers, questions posées en Commission Paritaire Départementale et même procédure devant les tribunaux engagée depuis mars 2011… Affaires à suivre !

39EME CONGRES NATIONAL DU SNIIL
DU 1ER AU 6 OCTOBRE 2012
A MONTREAL - CANADA
INFIRMIÈRES DE PREMIÈRE LIGNE : L'EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE
BULLETIN D'INSCRIPTION BIENTÔT DANS VOS BOÎTES AUX LETTRES

Consultation infirmière :
A quand la mise en place ?

Dix ans après le rapport Berland qui en voyait déjà l'utilité, voici qu'on reparle de la consultation infirmière. « Chi va piano va sano e lontano » paraît-il…

Décembre 2011 : le Centre d'Analyse Stratégique du gouvernement (placé sous l'autorité du Premier Ministre) crée la surprise. Dans sa note d'analyse du mois[1], deux propositions ne passent pas inaperçue : « *expérimenter dans quelques maisons de santé, une consultation infirmière de première ligne* » avec prise en charge d'affections bénignes et orientation, si besoin vers le médecin ; mais aussi, et surtout, « *instituer une consultation infirmière de suivi des patients atteints de pathologies chroniques* ». Contenu : éducation thérapeutique ; analyse des résultats biologiques et réajustement, si nécessaire, de la posologie ; contrôle des facteurs de risques ; et coordination de la prise en charge.

Un mois après, en janvier 2012, nouveau coup de théâtre : la Haute Autorité de Santé se saisit de la consultation infirmière ! Rendue possible grâce au travail effectué par l'ANFIIDE[2], cette saisine devrait aboutir sur une « *note de cadrage* ». Avant, sans doute, une recommandation officielle et un référentiel susceptible de pouvoir faire évoluer la nomenclature…

En deux mois, donc, la consultation infirmière a fait un vrai retour en force. Même si on a encore l'impression d'avancer au rythme de l'escargot. Car n'oublions pas que deux autres expérimentations de consultation infirmière existent depuis… 2004 ! Le premier, en milieu hospitalier, fait déjà l'objet d'un transfert de compétence façon article 51 loi HPST validé par la HAS (prise en charge en consultation infirmière de patients atteints d'hépatite chronique C) ; tandis que l'autre, réalisé en milieu par des infirmières salariées, est la célèbre expérimentation Asalée. Celle qui a institué une consultation infirmière d'éducation pour le diabète, l'hypertension artérielle et les facteurs de risques cardio-vasculaires, et qui vient, elle aussi, d'être validée par la HAS en tant que transfert de compétence (cf. article p. 9).

Alors si des expérimentations existent déjà, pourquoi en faire encore une autre ? N'est-ce-pas parce que les médecins auraient peur de la consultation infirmière ? Ou n'en voudraient pas ? Pour d'autres professions, en effet, tout est plus rapide. En janvier 2006, la HAS faisait ainsi paraître référentiel, argumentaire et tous les outils nécessaires à la reconnaissance de la consultation diététique… alors que les diététiciens eux-mêmes n'étaient pas encore considérés par la Loi comme étant des « *professionnels de santé* »… ■

(1) La Note d'Analyse Question sociale n°254, décembre 2011 : « *quelles opportunités pour l'offre de soins demain ?* »
(2) Association Nationale Française des Infirmières et Infirmiers Diplômés et Etudiants

UNE IDÉE DÉJÀ ACCEPTÉE

Au sein des maisons et pôles de santé, l'idée de consultation infirmière ne pose apparemment pas problème : qualifiée de « *souhaitable* » pour 37% des médecins, « *intéressante* » pour 32% et même « *déjà mise en place* » pour 32%[3]. L'éducation thérapeutique du patient, s'impose alors comme mission première (94,7% des réponses). Du côté des infirmières, on reste très pragmatique : estimant que ceci pourrait contribuer à changer la posture des médecins (100%), faire évoluer leur attitude envers les patients (75%) et changer les regards sur la discipline (66%).

(3) Etude réalisée au sein de 22 maisons et pôles de santé en septembre 2011 ; Unité du Pays des Vans (Ardèche) par J-M Picard et le Dr Pellet.

dépanneur audio-prothésiste buraliste infirmière électroménager dentiste dépanneur électroménager
ébéniste électricien encadreur droguiste ébéniste électricien encadreur droguiste ébéniste électricien encadreur

PRÉVOIR, partenaire du SNILL

Assureur des familles depuis plus de 100 ans et spécialiste des professionnels, le Groupe Prévoir vous assure et vous accompagne au quotidien.

Pour bénéficier d'une étude personnalisée gratuite et sans engagement, contactez-nous directement au :

N° Vert 0 800 05 20 60
(appel gratuit d'un fixe)

Ou connectez-vous sur notre site internet www.prevoir.com

PRÉVOIR PRO
Des solutions retraite, prévoyance et santé adaptées aux besoins des infirmières et des infirmiers libéraux

PRÉVOIR PRO Santé
Protéger votre santé, c'est protéger votre activité et votre famille

PRÉVOIR PRO Prévoyance
Protéger vos revenus, c'est protéger votre foyer, quoi qu'il arrive

PRÉVOIR PRO Retraite
Protéger votre retraite, c'est vous libérer dès aujourd'hui des soucis de l'avenir

Sniil
Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux

ENTRE NOUS C'EST FACILE DE SE COMPRENDRE PREVOIR

Représentativité syndicale :
Une enquête… et un Sniil en croissance !

Pas encore de résultat pour l'enquête de représentativité… mais déjà un beau succès : l'ouverture de 10 nouvelles sections départementales Sniil depuis le 1er janvier !

L'Aude, célèbre notamment pour la cité de Carcassonne, accueille désormais une section Sniil.

Ancienneté ; indépendance, notamment financière ; effectif d'adhérents à jour de cotisation ; et audience, établie en fonction du résultat aux dernières élections aux URPS : les critères sont sévères. Quant au délai de remise des documents permettant de justifier son classement parmi les syndicats représentatifs, il est également très strict : six semaines après la parution de l'avis au Journal Officiel. Pas un jour de plus… y compris férié. Quand l'annonce tombe le 24 décembre, c'est un drôle de cadeau !

Car c'est, en effet, le 24 décembre 2011 que l'avis relatif à l'enquête de représentativité des organisations syndicales d'infirmiers libéraux fut publié au Journal Officiel. But de la manœuvre : déterminer les syndicats qui pourront continuer à négocier avec l'Assurance Maladie au niveau national ; mais aussi à être présent au sein des Commissions Paritaires Nationale, Départementales et Régionales. Et dans les institutions qui font et défont le système de santé français : Conférence Nationale de Santé, Commission de Hiérarchisation des Actes et Prestations, Haut Conseil des Professions Paramédicales, Union Nationale des Professions de Santé…

Tout début février, le Sniil a donc déposé son dossier. Avec, on l'espère en tout cas, de bonnes chances de rester représentatif : car l'organisation remplit toutes les conditions nécessaires. Ainsi, côté ancienneté, pas de souci : le Sniil a vu le jour en 1973. Son indépendance ? Bien réelle. Aussi bien en termes politique que financier : la cotisation du Sniil n'est ainsi jamais remboursable, à la différence d'autres syndicats, par des entreprises financières ou capitalistiques. Côté audience, ensuite, c'est évident : car le Sniil, tout le monde s'en souvient, fût le vainqueur des dernières élections aux URPS de décembre 2010. Enfin, et c'est sans doute là le plus beau bilan du Sniil : son nombre d'adhérent est en constante progression depuis 2005. En cinq ans, son effectif a même augmenté de près de 37%… lui permettant d'être présent partout en France, métropole, DOM et TOM (Polynésie Française) compris.

Conséquence directe de cette forte progression : la présence du Sniil au plus près de chaque infirmière et infirmier libéral de France se renforce encore. Grâce, notamment, aux sections départementales dont le nombre ne cesse de croître : 39 en 2005, 68 en 2011… et encore plus en 2012. Depuis le 1er janvier, 10 nouveaux départements se sont, en effet, dotés de sections Sniil : le Tarn-et-Garonne, le Bas-Rhin, le Cher, l'Indre, la Seine St Denis, l'Orne, la Manche, la Lozère, l'Aude et la Saône-et-Loire. Une vraie dynamique dont le fondement demeure les cadres de l'organisation qui animent l'ensemble des représentations du syndicat. ■

CONGRÈS SNIIL 2012 :

Après avoir mis à l'honneur plusieurs de ses sections départementales, à Lille, Ajaccio, Nice, la Baule ou encore en Guyane, le Sniil s'expatrie outre-Atlantique pour son 39é congrès intitulé ***« Infirmières de première ligne : l'expérience québecoise ».*** Prévu pour se dérouler du 1er au 6 octobre 2012 à Montréal (Canada), l'événement permettra de découvrir et d'apprendre du système de soin québécois. Et, sera l'occasion, évidemment, de rencontres fortes… Après trois journées de travaux, les congressistes auront toutefois l'occasion de découvrir le pays grâce à des excursions. Rappelons qu'il n'est pas nécessaire d'adhérer au Sniil pour cette occasion…

Contrôles des Caisses :
A quoi faut-il s'attendre ?

« *St Pierre de Chandieu : une infirmière libérale escroque 707 000 euros à la sécurité sociale* ». Le titre, paru dans le Progrès de Lyon le 9 mars dernier, ne fait pas dans le détail : sans emploi du conditionnel, ni même de précautions liminaires. Normal : pour les médias, depuis la présentation en août 2011 du bilan de la Délégation Nationale à la Lutte contre la Fraude, les infirmières libérales sont des suspectes. Responsables à elles seules, selon cet organisme, de 12,7 millions de fraudes à la Sécu.

Les affaires d'infirmières ou infirmiers falsificateurs se sont donc multipliés dans la presse : à Condé sur l'Escaut (59), Carnoux (13), Créteil (94), ou encore Toulouse (31)... Et la tendance ne risque pas de s'inverser ! Car la chasse aux fraudeurs est devenue sport national : rendue obligatoire par le déficit de la Sécurité Sociale… et encouragée par le Président Sarkozy, qui l'a encore affirmé dans son discours de Bordeaux sur la protection sociale du 15 novembre 2011. La multiplication des contrôles que l'on observe actuellement dans quasiment tous les départements n'a donc rien d'étonnant. C'était même prévisible. En effet, en 2010 a été mise en place la nouvelle « *Convention d'Objectifs et de Gestion* » entre l'Etat et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Parmi ses buts clairement énoncés : le renforcement et l'extension de la lutte contre les « *fraudes, abus et fautes* ». Comme dans la convention de 2006-2009 d'ailleurs. Sauf que les moyens qui y sont dévolus ont été très largement renforcés : expérimentation du datamining[1], conception d'un fichier national, amélioration des processus de signalement, formation initiale des agents des Caisses… De plus, pour la première fois, en supplément des campagnes nationales, ont été mis en place des « *programmes locorégionaux* » qui font l'objet d' « *évaluations régulières* ». Autrement dit, chaque « *directeur coordonnateur régional* », est désormais garant des résultats de « *chasse à la fraude* » par rapport aux objectifs qui lui ont été fixés. Avec risque, pour lui, de sanction ou, au contraire, de montée en grade selon le bilan

obtenu ? Rien ne permet de l'affirmer. Mais on ne peut pas évidemment s'empêcher d'y penser…

Car, pour la première fois aussi, les objectifs à atteindre en matière de lutte contre la fraude sont clairs. Ainsi, le « *montant des indus frauduleux recouvrés* » devra augmenter, chaque année de +5% jusqu'en 2013. De même, le nombre des pénalités financières notifiées aux professionnels de santé devra passer au niveau national de 900 en 2010 à 2400 en 2013. Quant au montant des fraudes détectées, il est désormais « *pris en compte* » dans l'élaboration de l'Objectif National de Dépense de l'Assurance Maladie (ONDAM). Restant, toutefois, secret jusqu'au bilan final. Pour information, il s'élevait à 150M€ en 2010 contre 156,3M€ obtenu. La distribution de bons points à commencé… ■

(1) Le datamining consiste en l'analyse des informations d'une base de données pour y trouver des comportements atypiques (dossiers comportant un acte mais sans les autres actes normalement liés), des similitudes avec d'autres dossiers frauduleux, et d'éventuelles corrélations entre les données (pour des fraudes en bande organisée).

INFIRMIÈRES LIBÉRALES : BOUCS-ÉMISSAIRES OU VRAIES FRAUDEUSES À LA SÉCU ?

« *Deux catégories de professionnels sont à l'origine de près de 40% du préjudice subi demandé en réparation par l'Assurance Maladie du régime général en 2010 : infirmiers et transporteurs* ». La phrase, issue du bilan 2010 de la Délégation Nationale à la Lutte contre la Fraude (DNLF), a fait mouche auprès des médias. Qui ont été bien vite en besogne pour accuser les infirmières et infirmiers libéraux d'être les principaux responsables de la fraude à la Sécu. Car une analyse complète des chiffres leur aurait permis de remettre les pendules à l'heure…

En effet, sur les 457,6M€ de fraude aux organismes de sécurité sociale, 185,5M€ ont pour origine… le travail illégal (contre 156,3M€ pour la branche maladie). De même, si la fraude à la Sécu augmente effectivement très fortement depuis quelques années (montant détecté de fraude à +101% entre 2006 et 2010), force est de constater que ceci provient en premier lieu de ce qui se passe au niveau de la branche retraite (+844% pendant cette même période !), puis de la branche famille (+157%), et du travail (+151%), alors que la branche maladie n'enregistre qu'une hausse du montant de fraude détecté limité à +32%. De là à se focaliser sur la seule augmentation des fraudes en maladie, il y a donc un certain abus…

Mais continuons notre examen des chiffres et observons de plus près la réalité de la fraude sévissant dans cette seule branche maladie. D'un montant détecté de 156,3M€ en 2010, cette dernière provient pour 71,1M€ (soit 45,5%) des… établissements de soin. Viennent ensuite les fraudes aux « *prestations en espèces* » (indemnités journalières, allocation supplémentaire d'invalidité, pension d'invalidité…) pour 16,3M€ (soit 10,4%). Et enfin, effectivement, les infirmières et infirmiers libéraux qui se trouvent à l'origine de 12,7M€ de préjudice financier pour l'Assurance Maladie.

Reste que jeter l'opprobre sur toute la profession infirmière libérale relève aussi du raccourci douteux. Car qu'apprend-t-on des chiffres du bilan de la DNLF ? Qu'en 2010, 65 plaintes pénales seulement ont été déposées contre des infirmières et infirmiers libéraux accusés de fraudes pour un montant total de 7M€. Autrement dit, en 2010, 65 Idels (soit 0,08% de la population infirmière libérale !) sont responsables à eux seuls de 55% des sommes indûment facturées à l'Assurance Maladie par l'ensemble de la profession. Et pour le reste ? 2823 autres Idels se sont bien vus notifiés des indus : mais pour une somme totale de 5M€, ce qui représente un indu moyen par infirmière libérale de 1771€. Contre 3155€ par assuré fraudeur à l'indemnité journalière, 20634€ par HAD indélicat, et même 105 449€ par établissement de soin… A noter : le vocabulaire employé n'est toutefois pas du tout le même. Pour les HAD et les établissements de soin, la DNLF parle en effet d' « *anomalies de facturation* » ; tandis que pour les infirmières, il s'agit tout de suite de « *prestations fictives ou frauduleuses* », sans plus de détail…

Fraude, abus, faute :
A ne pas mettre dans le même sac !

Fraude : voilà LE mot que l'on entend… Pour autant, dans sa circulaire du 2 janvier 2012, l'Assurance Maladie définit très clairement les trois concepts qu'il recouvre : la fraude (la vraie !) ; les activités abusives ; et les activités fautives. A quoi il faudrait rajouter, en plus, la notion d' « *erreur de facturation* » (cf. encadré).

La nuance est d'importance car, évidemment, les procédures, ainsi que les risques encourus, diffèrent. Seul point commun : dans tous les cas, l'Assurance Maladie s'engagera dans une démarche de récupération de l'indu, autrement dit des sommes qu'elle estime avoir payées sans fondement. Et la procédure commencera toujours de la même façon : par la réception d'une lettre recommandée avec accusé de réception qui ne laissera que peu de temps pour réagir...

La suite de l'histoire dépendra alors de la qualification des faits. En présence de simples erreurs de facturation, la Caisse prendra contact avec le professionnel de santé et lui adressera une mise en garde. Pour les activités fautives (erreurs de facturation répétées) ou abusives, la Caisse enchaînera avertissement, pénalité financière, sanctions administrative et/ou conventionnelle (suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales par exemple), voire plainte ordinale. Enfin, en cas de suspicion de fraude, les suites sont beaucoup plus graves : allant jusqu'à la saisine de la juridiction pénale et/ou civile avec, à la clef, paiement de dommages-intérêts et/ou peine d'emprisonnement.

Selon les cas, sanctions et juridictions différeront donc. Tout comme d'ailleurs les possibilités de recours : saisine de la commission paritaire départementale, de recours amiable, des pénalités ; ou carrément du Tribunal des affaires de Sécurité Sociale, cour d'Appel ou de Cassation… Reste que toutes ces procédures, volontairement rapides et peu coûteuses pour la Sécu, relèvent d'un état de droit tout à fait spécial : car c'est bien, à chaque fois l'Assurance Maladie qui accuse, conduit les investigations ET décide des sanctions à appliquer (hors juridictions pénales et ordinales). Une vraie particularité dans le droit français…

Dans la culture actuelle du chiffre qui émane des nouvelles directives, la vigilance s'impose donc encore plus. Mais pas question toutefois de céder à la panique ! Car au final, sur 2920 dossiers de fraudes étudiés en 2010 par l'Assurance Maladie (et 2823 indus notifiés), le nombre de sanctions complémentaires est demeuré limité : 156 pénalités financières, 21 saisies ordinales, 8 procédures conventionnelles, 2 poursuites civiles, et 65 suivis pénal, tandis que 8 cas ont débouché, en supplément, sur un signalement au Parquet pour pratiques dangereuses. ■

TROIS CONCEPTS ET QUATRE IDÉES POUR UN MÊME MOT

Fraude : faits illicites commis intentionnellement dans le but d'obtenir un avantage ou le bénéfice d'une prestation injustifiée ou indue. Exemples : exécution d'actes intentionnellement au-delà de la prescription, facturation d'actes hors champ de compétence ou hors autorisation…
Activités abusives : activités rassemblant de manière réitérée des faits outrepassant des niveaux acceptables par rapport à des références ou des comparatifs. Exemples : exécution d'actes au-delà du besoin de soins du patient, facturations d'honoraires outrepassant le tact et la mesure….
Activités fautives : activités rassemblant de manière réitérée des faits irréguliers au regard de textes juridiques (nomenclature par exemple) commis en dehors des circonstances définissant la fraude ou les activités abusives. Elles se différencient des simples erreurs de facturation par leur caractère répété.

Défense, mode d'emploi :

D'abord prévenir plutôt que courir…

Partout, les contrôles pleuvent. Et ce n'est pas une impression : en 2010, le nombre de dossiers de fraude infirmière libérale étudiés par l'Assurance Maladie a augmenté de 78% par rapport à 2009 ! Atteignant les 2920 cas. Alors… que faire face à ce qui semble, parfois, être une loterie ?

D'abord appliquer parfaitement bien jour après jour les textes réglementaires. Notamment la nomenclature. En effet, sur les 2920 dossiers étudiés en 2010, 2570 (soit 88% !) ont été qualifiés par l'Assurance Maladie de « *fraudes à la facturation* ». D'où un premier conseil : connaître la nomenclature sur le bout des doigts, quitte à suivre une formation. Ensuite, ne pas se mettre hors la loi par manque de rigueur. Exemple le plus courant : la réglementation impose à l'infirmière libérale de concevoir et tenir un dossier de soins. Par défaut, et en cas de contrôle, tout soin qui n'aura pas été tracé pourra donc être considéré comme non réalisé. Pour plus de sécurité, tout ce qui pourra prouver l'état du patient avant/après sera également utile : photos de plaies par exemple lors de pansements complexes… De même, l'utilisation et le libellé corrects de la DSI s'imposent. Tout comme, d'ailleurs, la mise en œuvre d'un contrat en bonne et due forme lors des remplacements. Dernier point, et non des moindres : dans tous les cas, ne jetez aucun document avant le troisième anniversaire du paiement de vos actes par l'Assurance Maladie. Car oui… les Caisses peuvent remonter jusqu'à 3 ans en arrière en cas de suspicion de faute ou abus, et même 5 ans en cas de fraude ! Alors effectuez des sauvegardes régulières de vos données informatiques et conservez votre ancien logiciel en archives : car là aussi, en cas d'impossibilité de tracer un acte, ce dernier sera considéré comme non-réalisé… et donc indument payé.

Enfin, une autre règle d'or s'impose : se conformer strictement à la prescription. Evident ? Pas si simple apparemment. Car le « *non-respect des règles de prises en charges* » demeure la deuxième origine de fraudes des Idels (7,4% des fraudes détectées en 2010). Exemple le plus courant : la facturation d'un acte de nuit alors que ceci n'a pas été prescrit…

Reste qu'en cas de contrôle, tout peut aller très vite. Premier conseil à suivre alors : prendre connaissance de tout courrier adressé par la Caisse ou un huissier le plus rapidement possible : les délais accordés pour réagir sont souvent très brefs… Et puis en cas de convocation, ne jamais signer un PV d'audition où vous reconnaissez une faute ou s'il y est stipulé un temps de travail. Et, surtout, ne jamais y aller seul, mais avec un juriste ou, mieux, un représentant syndical. En cas de recours, votre cas sera déjà connu, et donc plus facilement défendable. Seule condition : qu'il existe bien quelque chose à défendre… comme ce fut le cas lorsqu'une prescription médicale indiquait « *dextro à jeun et injection insuline avant 8h*»… mais que la Caisse soutenait que ceci ne justifiait pas une facturation d'acte de nuit. Ou encore lorsqu'il était indiqué « *badigeon* » sur l'ordonnance mais que la Caisse refusait la facturation par l'infirmière libérale d'actes de pansement…

Bulletin d'adhésion 2012

ADHÉSION EN LIGNE SUR **www.sniil.fr**

Sniil
Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux

Cette cotisation est déductible de vos frais professionnels. Le caducée ainsi qu'un justificatif de paiement vous seront adressés.

☐ **Adhésion : 189€** ☐ **Installation dans l'année ou retraité : 94,50€**

Possibilité de règlement en deux mensualités consécutives ou par prélèvement automatique.

Nom ..... Nom de jeune fille .....
(en majuscules)
Prénom ..... Né(e) le ..... à .....
Adresse .....
.....
Tél. cabinet ..... Tél.domicile ..... Fax .....
E-mail ..... N° Enregistrement du diplôme à la DDASS .....
Catégorie : ❑Libérale ❑ mixte ❑ retraité ❑ autres *(précisez)* .....
À ..... le .....
Signature :

Si vous choisissez l'option du prélèvement automatique, veuillez remplir le bulletin d'adhésion ainsi que la demande ci-dessous en joignant un RIB ou RIP. Les adhérents ayant souscrit précédemment à cette demande de prélèvement n'ont pas à la renouveler..

PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE EN 3 FOIS : 15/01 - 15/04 - 15/07

DEMANDE DE PRÉLÈVEMENT

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier.

NOM, PRÉNOMS ET ADRESSE DU DÉBITEUR	DÉSIGNATION DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

COMPTE À DÉBITER			
Codes			
Établi.	Guichet	N° du Compte	Clé RIB

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER

SNIIL
111bis bd Ménilmontant - 75011 PARIS

Date..... Signature :

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1er avril 1980 de la Commission Informatique et Liberté.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

J'autorise l'Établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à L'Établissement teneur du compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° NATIONAL EMETTEUR
172944

NOM, PRÉNOMS ET ADRESSE DU DÉBITEUR	NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER
	SNIIL **111bis bd Ménilmontant - 75011 PARIS**

COMPTE À DÉBITER			
Codes			
Établi.	Guichet	N° du Compte	Clé RIB

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ÉTABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE À DÉBITER

Date..... Signature :

NB : RENVOYER LES DEUX PARTIES DE CET IMPRIMÉ AU CRÉANCIER, SANS LES SÉPARER, EN Y JOIGNANT OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB), POSTAL (RIP), OU DE CAISSE D'EPARGNE (RICE).

Sniil : 111bis bld Ménilmontant 75011 Paris - Tél. : 01.55.28.35.85 - Fax. : 01.55.28.35.80

Présidentielles 2012 :
La santé, 2é préoccupation des Français, mais…

Le 6 mai prochain, une femme ou un homme deviendra le 24é Président de la République Française. Mais quid des questions de santé dans la campagne ?

Depuis ce 16 mars dernier, date à laquelle le Conseil Constitutionnel a publié la liste officielle des candidats, la bataille fait rage. Lors de leurs discours, meeting, dans les médias ou sur Internet, les dix candidats en course font campagne. Pour les aider, des batteries de sondages d'opinion indiquent les sujets de préoccupation des Français. Et pour une fois, ce n'est pas compliqué… puisque tous annoncent la même chose : la priorité n°1 des Français est l'emploi (ou la lutte contre le chômage)[1]. Et la deuxième ? Le pouvoir d'achat… à égalité avec la santé. Qui s'ils se retrouvent loin derrière affichent toutefois des niveaux importants, à plus de 54% de citations.

Pour autant, la question de la santé ne semble pas faire recette au niveau des candidats. « *Il s'agit même de la seule des cinq premières préoccupations que l'on ne retrouve pas au cœur de la campagne présidentielle* » explique-t-on chez TNS Sofres. Pour en avoir le cœur net, la rédaction de Communication Infirmière a donc procédé à un petit exercice : passer les programmes des dix candidats à la même moulinette, celle de la fonction informatique « *recherche de mot* ». Quatre items ont alors été recherchés : « *infirmier(e)* », « *médecin(s)* », « *santé* » et « *dépendance* ». On trouvera dans le tableau ci-joint les résultats, ainsi que le nombre pages de chacun des programmes, qui peut influer sur le degré de précision des écrits.

Reste que cette campagne présidentielle aura aussi permis, grâce aux fameux sondages, d'en savoir un peu plus sur les opinions des Français. Et c'est ainsi qu'au sujet de la santé, on apprend que 52% d'entre eux s'inquiète pour l'égalité d'accès aux soins ; 55% craignent pour l'avenir de l'hôpital public ; mais aussi que l'idée que les infirmiers puissent réaliser des actes réguliers via des protocoles est jugée « *intéressante* » par 69% des Français (et même « *très intéressante* » par 25% dont, notamment les habitants de zones rurales et les ouvriers[2]). Et sur le problème de la dépendance qui touche ou a touché déjà directement 67% des Français ? Le souhait est également clair : privilégier d'abord les dispositions en faveur du maintien à domicile (65% des avis)[3]. Voilà donc des thèmes de réflexion pour futurs candidats… y compris aux législatives prochaines ! ■

(1) Sondages Viavoice/BPCE/Les Echos du 26 mars 2012 ; BVA du 26 mars 2012 ; Atlantico/Ifop du 23 mars ; Baromètre des préoccupations des Français, réalisé par TNS Sofres pour la Croix et Covéa Finance, mars 2012
(2) Etude « les Français et l'hôpital public », TNS Sofres/Fédération hospitalière de France réalisée en février 2012.
(3) Baromètre Prévoyance Dépendance vague 5, TNS Sofres/La Banque Postale réalisée en décembre 2011.

Nombre de fois où les mots infirmier(e), médecin(s), santé et dépendance sont employés dans le programme des candidats

	N. Arthaud	F. Bayrou	J. Cheminade	N. Dupont-Aignan	F. Hollande	E. Joly	M. Le Pen	J-L. Mélenchon	P. Poutou	N. Sarkozy
Infirmier(e)	0	2	17	0	0	0	0	0	5	0
Médecin(s)	0	4	39	3	2	1	0	3	38	1
Santé	7	11	46	5	4	21	9	26	146	16
Dépendance	1	3	9	0	1	2	7	1	1	2
Nb pages du Programme	22	17	368	8	23	68	16	35	50 textes	23

Assurance Maladie :
Pérenniser la Sécu implique de gros changements

L'infirmière, avenir du système de santé français ? En tout cas, selon le Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, elle en fait largement partie…

Comment assurer l'avenir de la Sécu tout en préservant ses valeurs ? A l'heure où le déficit cumulé sur trois ans de l'Assurance Maladie atteint un record (32Mds€)[1], la question est brûlante… et a donc intéressé le Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM). Qui a rendu un avis unanime sur le sujet, préconisant pourtant de gros changements.

A court terme, cependant, pas de miracle : selon le HCAAM, la Sécu ne s'en sortira pas sans mesures « *encore plus énergiques de réduction des dépenses non pertinentes* », mais aussi sans « *apport de recettes nouvelles* ». Quant au long terme, auquel le HCAAM s'est particulièrement attaché, il présente une forte contrainte : la « *chronicité croissante de beaucoup de maladies* ». Or, explique l'institution, ce sont les « *parcours de santé* » des malades chroniques ou souffrant de poly-pathologies qui sont les plus susceptibles d'engendrer des interventions de professionnels soignants mal réparties, trop précoces ou tardives, incomplètes... Ces défauts de coordination sont alors non seulement facteurs de non-qualité de soin, mais représentent un coût évitable pour l'assurance maladie. Mais comment y remédier ? En passant d'une médecine actuellement pensée comme une succession d'actes, à une médecine de « *parcours* ». Ce qui implique deux choses importantes : la vraie prise en compte de la fonction de coordination ; mais aussi l'invention par l'Assurance Maladie d'une tarification incitant à un travail soignant transversal. Autrement dit non seulement en exercice pluri-professionnel mais aussi, et c'est nouveau, en exercice « *pluri-appartenant* » (forfait de suivi d'un patient partagé entre soins de ville et hôpital par exemple). A noter : selon le HCCAM, cette « *coordination soignante et sociale* », exercée sous la supervision du médecin traitant, devrait être assurée le plus couramment par l'infirmière.

Reste que la mise en place de ce nouveau système implique de nombreux bouleversements : l'hôpital, par exemple, devra s'ouvrir sur l'environnement soignant, tandis que la démographie de la santé devra tenir compte de l'intégralité de l'offre disponible (hospitalière, ambulatoire, médico-social) ET des services attendus par la population. Enfin, un nouveau système d'information réunissant, pour une même personne, toutes les dépenses de santé qu'elle qu'en soit l'origine (soins de ville, établissement de santé, médico-social…) devra être mis en place… pendant que les ARS seront rendues plus autonomes dans l'emploi des crédits et la contractualisation avec les acteurs locaux.

Conscient de l'ampleur de la tâche, le HCAAM propose donc de mettre en place des « *projets pilotes* ». Point d'appui : les dispositifs expérimentaux de soins coordonnés déjà existants. Reste à y impliquer l'ensemble de la chaîne soignante, depuis les soins hospitaliers les plus spécialisés jusqu'aux services d'aides à domicile via les libéraux… ■

(1) Source : Synthèse thématique des rapports publiés par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) depuis 2004, p. 21

LE... HCAAM ?

Créé en 2003, le Haut Comité pour l'Avenir de l'Assurance Maladie se compose de 66 membres intervenant tous dans le système de soin : syndicats (CGT, FO…), représentants de l'Etat (directeur de la Sécurité Sociale par exemple), députés, associations de patients, représentant de l'industrie du médicament ou des établissements de santé…. Depuis 2004, il a livré 16 avis et 7 rapports annuels.

SISA : création officielle depuis fin mars

Après de long mois d'attente, le décret d'application permettant la création officielle des SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires) est enfin paru ce 25 mars dernier. Destinée à favoriser l'exercice pluri professionnel, et notamment à pouvoir bénéficier des nouveaux modes de rémunération, la SISA permet aux médecins, auxiliaires médicaux et pharmaciens d'exercer en commun les activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération interprofessionnelle. Le décret n°2012-407 du 23 mars 2012 relatif aux SISA précise également les mentions devant obligatoirement figurer dans les statuts.

ONDAM : respect pour la 2ème année consécutive

Selon le Ministère de la Santé, l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) sera respecté en 2011 comme il l'avait déjà été en 2010. Inédite depuis 1997, cette situation provient en partie des bons résultats de la branche « *soins de ville* », dont les dépenses ont été inférieures de 300M€ par rapport à l'objectif fixé. Les dépenses hospitalières, elles, ne dépassent pas le chiffre autorisé par le Parlement.

PHARMACIENS : vers un paiement du conseil, du suivi de patients chroniques… et à la performance

Les trois syndicats de pharmaciens et l'Assurance Maladie ont signé le 28 mars un protocole d'accord de fin de négociations. But : faire évoluer la convention en y intégrant, notamment, les nouvelles missions que la loi HPST avait confiées aux 22000 pharmaciens. Selon le texte signé, les pharmaciens pourraient donc dès l'application de leur nouvelle convention, s'occuper du suivi de certains patients chroniques (asthmatiques, sous AVK). Moyen employé : un entretien à l'initiation du traitement puis la réalisation d'au moins deux « *entretiens pharmaceutiques* » par an. Cette nouvelle mission sera valorisée par un forfait de 40€ annuel par patient suivi qui viendra s'ajouter à la rémunération actuellement perçue. Par ailleurs, la nouvelle convention introduira le principe d'un « *honoraire à la dispensation* », autrement du temps de conseil, qui sera déconnecté du prix du médicament. Le tarif pourrait être fixé aux environs d'un euro par ordonnance et pourrait, dès 2013, représenter 12,5% de la rémunération des pharmaciens, et même 25% d'ici cinq ans. Enfin, le texte prévoit également un paiement à la performance sur un objectif de taux de substitution des génériques. Rappelons que, jusqu'à présent, les pharmaciens percevaient 0,53c par boîte de médicament, auquel s'ajoutait un pourcentage du prix de vente dégressif selon le montant (26,1% par exemple pour les médicaments de moins de 22,90€ , mais 6% pour ceux supérieurs à 150€).

DASRI : 5000 points de collecte pour les particuliers

Face au risque sanitaire que représente la mise dans les ordures ménagères de 360 tonnes de déchets médicaux coupants ou piquants par les 1,4 millions de particuliers en auto-traitement, dont 90% de diabétiques, le Ministère de l'Ecologie et du Développement Durable va développer une filière spécifique de collecte. Géré par un éco-organisme qui sera agrée, ce système devrait permettre la mise en place à titre gratuit de collecteurs dans les pharmacies, y compris d'hôpitaux. 5000 points de collecte seront donc installés avec des critères de maillage précis : un point pour 50000 habitants minimum ; et un point au minimum tous les 15 kms. Objectif : atteindre les 60% de collecte des DASRI perforants des patients en auto-traitement en 6 ans.

FRANCHISES : 314 M€ dans la nature…

Les franchises médicales mises en place depuis 2005 (1€ pour une visite chez le médecin ou un examen biologique, 2€ sur un transport et 50c sur chaque boîte de médicament, acte paramédical) ne sont pas aussi simples que çà à récupérer… Notamment chez les bénéficiaires du tiers payant. Résultat : 314 millions d'euros sont dans la nature… Mais selon le directeur de l'Assurance Maladie, 85% seront recouvrés dans l'année. Toujours selon la même source, depuis 2005, le système des franchises aurait rapporté 7 milliards d'euros, soit plus d'un milliard par an...

DPC :
Obligatoire de par la Loi… mais inachevé !

La formation continue conventionnelle est morte : le Développement Professionnel Continu a pris sa place. Enfin, pas tout à fait puisque tout n'est pas prêt…

Depuis ce 31 décembre 2011, 1,7 millions de personnes, parmi lesquelles les infirmières libérales, ont obligation de participer chaque année et de façon individuelle à un programme de « *développement professionnel continu* » (DPC). De quoi s'agit-il ? De formation et d'évaluation des pratiques professionnelles. Mais avec des règles précises : programmes conformes aux orientations nationales ou régionales ; dont les méthodes ont été validées par la Haute Autorité de Santé ; et qui ont été mis en œuvre par un organisme agrée. Pour connaître ce qui sera agrée au titre du DPC, plusieurs pistes : le Conseil de l'Ordre, l'Union Régionale de Profession de Santé infirmière ou encore les organismes de formation qui devraient s'empresser d'informer de leurs propositions dans le domaine…

Pour l'instant, cependant, c'est encore un peu cahotique… Car malgré la parution des décrets rendant le DPC obligatoire, le système ne fonctionne pas encore. Normal : l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC) qui chapeaute l'ensemble du dispositif est seulement en train d'être mis en place. Du coup, ni les programmes, ni les budgets ne sont encore décidés. Et des questions se posent encore. Parmi elles, l'aptitude de la commission scientifique (pas encore nommée non plus !) à juger du contenu des formations infirmières… en sachant que cette institution sera présidée par un administratif et ne comportera en son sein que cinq infirmiers (dont puéricultrice, anesthésiste, bloc opératoire, représentant de l'Ordre…) sur 28 membres. Autre interrogation : l'indemnité compensatrice de pertes de ressources perçue par les infirmières libérales qui suivent une formation... Sera-t-elle revue à la baisse ? Personne ne sait. Mais les inquiétudes sont vives puisque, selon les nouvelles dispositions, il suffira de suivre un seul programme pour satisfaire aux obligations du DPC. Un seul programme… dont certains n'excéderont pas un ou deux jours. On voit mal alors l'indemnité compensatrice de pertes de ressources permettre de suivre 8 jours de formation comme aujourd'hui…

On le voit donc : si l'obligation de formation créée par le DPC est plutôt une bonne nouvelle pour la qualité des soins, sa mise en œuvre pose problème. Alors en attendant, comment faire pour satisfaire à l'obligation légale qui existe depuis ce 1er janvier 2012 ? Suivre au moins une formation réalisée par un organisme agréé. Car, transitoirement, les professionnels de santé qui auront effectué cette démarche seront réputés avoir satisfait à l'obligation annuelle de DPC. ■

CONTRÔLE ET SANCTION

Chaque année, les organismes de formation délivreront une attestation aux infirmières qui auront suivi l'un de leurs modules. Et en enverront copie, quand il s'agira d'une libérale, à l'Ordre des Infirmiers et à l'Agence Régionale de Santé. Tous les 5 ans, l'Ordre devra alors vérifier que chaque Idel a satisfait à son obligation annuelle de DPC. En cas de manquement, un plan personnalisé de formations sera mis en place. En cas de refus, l'infirmière sera alors sanctionnée : considérée en « *insuffisance professionnelle* », elle pourra être suspendue de son droit d'exercer.

Contacts Sniil

Département	Adresse	Tél.fixe	Portable ou fax
Sniil Ain	les Glycines 01400 - Neuvilles les Dames		06 83 15 25 62
Sniil Alpes de Haute Provence	Centre de Vacances LPM Biabaux 04870 - St Michel de l'Observatoire		06 85 70 58 35
Sniil Hautes Alpes	7 Avenue des Alpes - 05000 - Gap		06 75 51 46 33
Sniil Alpes-Maritimes	17 rue de Rivoli - 06000 - Nice	04 93 97 24 98	
Sniil Ardèche	Chemin de Ferrières - 07200 - Saint Etienne de Fontbellon	04 75 35 97 19	
Sniil Ariège	111bis bd Ménilmontant - 75011 - Paris	01 55 28 35 85	01 55 28 35 80
Sniil Aveyron	5 ter Rue de l'Amphithéatre - 12000 - Rodez	05 65 68 88 88	06 08 64 89 90
Sniil Bouches du Rhône	6 rue Denis Magdelon - 13009 - Marseille		06 82 84 34 00
Sniil Calvados	10 Impasse des Marronniers - 14123 - Ifs		06 07 64 42 53
Sniil Cantal	Route de Loupiac - 15140 - Saint-Martin Valmeroux		04 71 69 25 57
Sniil Charente-Maritime	7 Avenue de Prague - 17000 - La Rochelle		06 76 37 54 92
Sniil Cher	Les Mauvrins - 1 route de l'Ermitage - 18300 Crézancy sur Sancerre		06 22 78 40 45
Sniil Haute-Corse (2B)	Maison Achili-RN198 - 20240 - Ghisonaccia		06 13 49 10 34
Sniil Creuse	Le Bourg - 23000 - La Chapelle Taillefert		06 15 68 02 74
Sniil Dordogne	Les Sarrazies - 24140 - Maurens		06 80 33 00 87
Sniil Doubs	19 bis Rue Nicolas Bruand - 25000 - Besancon	03 81 50 64 91	03 81 50 91 27
Sniil Drôme	36 bis rue Biberach - 26000 - Valence	04 75 25 56 89	06 60 25 71 86
Sniil Finistère	14 Rue Is Ar Ger 29100 - Douarnenez		06 79 08 18 55
Sniil Gard	6 Place Couverte - 30140 - Anduze		04 66 61 66 44
Sniil Haute-Garonne	68 avenue du Languedoc - 31470 - Saint Lys	06 80 55 62 67	05 61 24 29 41
Sniil Gers	Route d'Aire sur Adour - 32460 - Le Houga		06 07 30 17 38
Sniil Gironde	52 rue Albert 1er - 33120 - Arcachon		06 47 36 80 06
Sniil Hérault	110 Place du jeu de Paume - 34290 - Montblanc	04 67 30 37 33	06 08 76 03 33
Sniil Ille et Vilaine	9 rue Georges Bourdais - 35200 - Rennes		06 23 35 44 03
Sniil Indre	6 chemin de la Fonteneuille - 36350 Lunat	02 54 36 75 75	
Sniil Indre et Loire	18 Bellevue - 37320 - Esvres	02 47 26 45 29	
Sniil Isère	30 Place de la Mairie - 38660 - La Terrasse		06 83 51 54 92
Sniil Landes	38 rue Carnot - 40800 - Aire sur L'Adour		06 07 17 49 80
Sniil Loir-et-cher	37 rue de la Garenne - 41000 - Blois	02 54 45 11 17	
Sniil Loire	138 rue Richelandière - 42100 - Saint Etienne		06 62 05 47 67
Sniil Haute-Loire	3 rue Pierre Farigoule - 43000 - Le Puy en Velay		06 82 82 31 86
Sniil Loire-Atlantique	15 Place de la mairie - 44570 - Trignac	06 79 83 04 66	02 40 88 56 45
Sniil Lot	119 Rue Winston Churchill - 46000 - Cahors	05 65 35 47 74	06 87 06 23 32
Sniil Lot-et-Garonne	Pech Levrier - 47300 - Le Ledat	05 53 01 57 60	
Sniil Lozère	Centre Le Tourral - 48200 St Chely d'Apcher	04 66 31 27 20	
Sniil Maine-et-Loire	65 avenue de la Libération - 49300 - Cholet	09 63 23 36 08	06 82 48 19 67
Sniil Haute Marne	13 bis avenue Debernardi - 52000 Chaumont	03 25 02 45 56	
Sniil Mayenne	35 allée du Vieux Saint Louis - 53000 - Laval	02 43 53 58 58	
Sniil Meurthe et Moselle	2 Rue Ronsard - 54630 - Richardmenil		06 86 92 08 05
Sniil Meuse	2 bis chemin de la Connissière - 55800 - Revigny sur Ornain	03 2977 29 21	06 87 10 86 97
Sniil Morbihan	6 rue Saint Nicolas - 56690 - Landevant		06 61 53 28 73
Sniil Moselle	25 Grand'rue - 57120 - Rombas		06 09 80 16 55
Sniil Nord	6 rue de la Tour - 59176 - Masny		06 16 92 58 90
Sniil Orne	6 rue de Fiers - 61450 La Ferriere aux étangs		06 19 73 51 62
Sniil Pas-de-Calais	9 Rue des Soupirants - 62100 - Calais	03 21 97 63 33	06 74 37 19 00
Sniil Puy de Dôme	3 Rue Jean Jaurès 63360 - Gerzat		06 68 70 16 61
Sniil Pyrénées Atlantiques	Maison Sallaberria - 64250 Louhossoa		06 81 94 84 20
Sniil Hautes-Pyrénées	17 rue Saint Jean - 65000 - Tarbes	05 62 33 98 75	06 18 26 74 70
Sniil Pyrénées-Orientales	20 Chemin Las Palabas - 66350 - Toulouges	04 68 55 03 33	04 68 55 03 33
Sniil Haute Saône	70 boulevard Lafontaine - 67200 Strasbourg		06 15 95 89 30
Sniil Haut-Rhin	15 rue de Mulhouse - 68440 - Eschentzwiller	06 14 60 13 57	06 33 37 98 64
Sniil Rhône	55 rue Roger Salengro - 69310 - Pierre Benite		06 18 39 56 53
Sniil Paris	4 rue de Dantzig - 75015 Paris		06 09 87 29 46
Sniil Seine-Maritime	48 Rue du Hameau Martin - 76110 - Goderville	02 35 29 07 95	06 19 35 33 33
Sniil Seine-et-Marne	625 Rue du Petit Vau - 77590 - Chartrettes	01 60 69 50 03	06 14 14 53 22
Sniil Yvelines	28 Square de Hollande - 78990 - Elancourt	06 08 51 62 97	06 66 24 25 95
Sniil Tarn	Castusse - 81350 - Crespinet	06 38 81 93 69	
Sniil Tarn-et-Garonne	201 chemin de Grand Pré - 82200 Moissac		06 82 09 09 13
Sniil Var	13 rue Barnéoud - 83400 - Hyeres		06 61 83 25 05
Sniil Vaucluse	429A Avenue Gentilly - 84700 - Sorgues	04 90 83 41 17	06 09 52 32 95
Sniil Vendée	16 rue des marais - 85000 - Challans		06 87 24 85 36
Sniil Vienne	12 Rue Gannerie - 86580 - Vouneuil sous Biard		06 78 00 95 37
Sniil Vienne	18 rue Lesage - 87000 Limoges	06 89 24 54 51	06 75 19 38 30
Sniil Vosges	1 Grande Rue - 88630 - Coussey		06 85 70 58 73
Sniil Yonne	41 Avenue Roger Carrey - 89300 - Joigny	03 86 91 41 70	06 82 59 39 77
Sniil Essonne	66 rue du Général Leclerc - 91470 - Forges les Bains	01 64 91 22 28	
Sniil Hauts-de-Seine	12 rue Ernest Deloison - 92200 Neuilly sur Seine		06 08 25 92 71
Sniil Seine-Saint-Denis	24 bis rue du Muguet - 93000 Bobigny		06 50 89 25 62
Sniil Val-de-Marne	79 voie Houdon - 94400 - Vitry sur Seine	01 46 58 10 46	06 64 91 52 79
Sniil Guadeloupe	Route de Fafa - 97190 - Gosier	06 90 82 86 85	06 90 75 17 05
Sniil Martinique	44 Avenue Jude Turdiaf ZFU 97200 - Fort de France	05 96 56 70 79	06 96 25 02 80
Sniil Guyane	41 B avenue Ronjon 97300 - Cayenne		06 94 45 36 61
Sniil Réunion	33 Chemin Commins 97417 - La Montagne		06 92 82 22 58
Sniil Mayotte	79 route Nationale - 97600 - Mtzapere	02 69 61 39 33	06 39 69 29 27

angiil
Le partenaire qui compte

LA SÉRÉNITÉ, ÇA COMPTE !

Consacrez-vous à vos patients et à vos loisirs, nous nous occupons du reste !
Spécialiste depuis 30 ans des professionnels de la santé exerçant en libéral, ANGIIL :

- Vous permet d'**éviter la majoration de 25 %** sur votre revenu fiscal, et de bénéficier d'une **réduction d'impôt de 915€***
- Vous assure une **assistance permanente** et une **formation gratuite spécifique**
- Vous assiste dans vos déclarations fiscales, votre comptabilité et télétransmet gratuitement votre 2035

Résultat : vous gagnez en économie... et en sérénité !

Avec 5 500 adhérents, ANGIIL est leader auprès des infirmier(e)s libéraux

OFFERT
POUR TOUTE SOUSCRIPTION
1 CD
de comptabilité adaptée

* sur un an, pour des recettes annuelles inférieures à 32 000 €

Demande d'information sans engagement

❑ Je souhaite être contacté(e) par téléphone afin de connaître les avantages et les services proposés par ANGIIL.
❑ Je souhaite recevoir par la poste la documentation présentant les avantages et services proposés par ANGIIL.

Nom : ..... Prénom : .....
Profession : .....
Téléphone : ..... Email : .....
Adresse : .....
.....

Retournez cette demande à Angiil : 60, rue du 10 Avril - BP 75834 - 31505 Toulouse Cedex 5.
Vous pouvez aussi la faxer au : 05 61 61 51 30 ou nous contacter au : 05 61 58 37 37 www.angiil.com - email : info@angiil.com

BAYONNE | BORDEAUX | ÎLE DE LA RÉUNION | GUADELOUPE | LILLE | LYON
MARSEILLE | MARTINIQUE | MONTPELLIER | PARIS | PERPIGNAN | TOULOUSE

CHEZ LOGICMAX

TOUT EST COMPRIS ET GARANTI SANS ASTÉRISQUE !

Infimax
299 € /an
soit 24,90 € / mois

Profitez d'une gestion de cabinet **intuitive et complète, à un prix vraiment abordable** ! Pour 299 €/an, avec engagement 12 mois seulement, bénéficiez du **logiciel Infimax gratuitement,** sans frais de mise en route, et **d'une multitude de services** : interface accessible **en local ou à distance, hotline ultra-performante** (95% de taux de réponse immédiate), **mises à jours régulières et gratuites, aide personnalisée au démarrage**, compatibilité **PC et Mac**, prêt de **lecteur en cas de panne, application iPhone** pour gérer vos dossiers patients en déplacement...
Ça fait 20 ans que Logicmax vous facilite la vie, et ce n'est pas fini !

Apple® Microsoft Windows

Contactez-nous vite au 02 40 69 66 62
ou sur www.logicmax.com/infimax

Logicmax® TECHNOLOGIE